

Resúmenes del IX Congreso de la Sociedad Iberoamericana de enfermedades cerebrovasculares Guatemala, septiembre 2006

EFFECTO DE LA DAPSONA COMO NEURO-PROTECTOR EN EL INFARTO CEREBRAL AGUDO: ESTUDIO PILOTO

Nader Kawachi JA^a, Gongora Rivera F^b, Santos Zambrano JA^c

^aNeurología. Médica Sur. México D.F. México.
^bUrgencias. Instituto Nacional de Neurología. México D.F.
^cUrgencia. Instituto Nacional de Neurología. México D.F.

INTRODUCCIÓN. Se ha demostrado en ratas la utilidad de la dapsona (4,4'-diamino-diphenylsulfona) como neuroprotector. La dapsona es segura y relativamente libre de reacciones secundarias.

OBJETIVOS. Evaluar la utilidad de la dapsona en el tratamiento de pacientes con infarto cerebral.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se realizó un estudio prospectivo doble ciego, placebo- control, aleatorizado. Se incluyeron pacientes con un infarto cerebral demostrado por TAC y RM y que ingresaron a urgencias entre el 01-01-1999 al 01-01-2000. Treinta pacientes con más de 4 puntos de escala NIHSS recibieron una dosis de 200 mg. de dapsona o placebo. Las escalas de seguimiento fueron NIHSS los días 0, 2, 7 y 60, escala modificada de Rankin y el índice de Barthel al día 60. Se registraron los efectos adversos del medicamento. Los puntos de corte fue la variación de 2 puntos en la escala de Rankin y de 17 en el índice de Barthel.

RESULTADOS. Quince pacientes recibieron dapsona y 15 placebo. 29 fueron seguidos por 60 días. Un paciente tratado falleció durante el seguimiento. Se obtuvieron resultados favorables en los pacientes tratados con dapsona en todas las medidas; NIHSS ($p = 0.032$), Barthel ($p = 0.049$) y Rankin scale (RR= 0.182, 95% CI: 0.04, 0.86). Se lograron mejores resultados al iniciar el tratamiento durante las primeras 10 horas del evento. No se reportaron efectos adversos secundarios.

CONCLUSIONES. La dapsona aparece como un medicamento útil y seguro para el tratamiento de la isquemia cerebral aguda. Los resultados justifican realizar investigaciones extensas para demostrar el papel de la dapsona como neuroprotector.

PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES

Marrero Martínez VV^a, Pavon Almaguer RA^a, Paz Díaz E^b

^aServicio ICTUS. ^bSala ICTUS. Hospital Vladimir Ilich Lenin. Holguin. Cuba.

INTRODUCCIÓN. Las Enfermedades cerebro vasculares constituyen en nuestro municipio la tercera causa de muerte y la primera de invalidez en el adulto mayor, observándose una tendencia al desplazamiento de estas hacia edades mas tempranas de la vida, con el objetivo de mejorar los indicadores de salud relacionados con estas patologías nos propusimos protocolizar la atención a estos pacientes.

OBJETIVOS. Disminuir la mortalidad y morbilidad por estas patologías. Crear servicio de ICTUS que incluye sala de ICTUS y de rehabilitación de ICTUS para garantizar una atención precoz, especializada, y sistematizada a estos pacientes. Facilitar la interrelación entre la atención prehospitalaria y hospitalaria.

PACIENTES Y MÉTODOS. Partimos del análisis de la incidencia, mortalidad y discapacidad por ECV y realizamos una evaluación en las áreas de resultados claves en la atención al paciente con ECV, proponemos un protocolo para la atención y seguimiento de las ECV en nuestro centro, que incluye la creación de la unidad de ictus (sala de ictus y sala de rehabilitación de ictus), además se presentan las normas y procedimientos a seguir, para lo cual fueron tenidos en cuenta el programa nacional de prevención y control de las ECV, Sociedad Española de Neurología, Academia Americana de Neurología (AAN), Sociedad Mexicana de Angiología y Cirugía Vascular, experiencia de atención en salas de ictus del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

CONCLUSIONES. Disminuir la mortalidad por ECV en un 40%, discapacidad en un 30%, menor morbilidad descenso de la estancia hospitalaria.

Recibido: 15/07/06. Revisado: 23/07/06. Aceptado: 30/07/06.
(Acta Neurol Colomb 2006;22:328-339).

INFARTO TALÁMICO BILATERAL

Pla Casamitjana CF^a, Facha MT^b, Nader Kawachi J^a, Facha T^b

^aNeurología Adultos. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE. Distrito Federal. México. ^bUnidad de Resonancia Magnética Nuclear. Hospital Medica Sur. Distrito Federal.

INTRODUCCIÓN. Los infartos talámicos se clasifican según el territorio afectado en anterior, pramediano, inferolateral y posterior. Los infartos bitalámicos son poco comunes y representan el 0.6%.

PACIENTES Y MÉTODOS. Presentamos a un hombre de 79 años de edad que presentó de forma súbita debilidad de extremidades inferiores y mano derecha además de hipotensión durante 30 minutos, presentando una mejoría temporal y luego presento cianosis labial, disnea de mínimos esfuerzos. Un día después comenzó con habla incoherente, déficit motor de mano derecha, perdió el estado de alerta y se agregó desviación de la mirada conjugada y de la comisura labial a la izquierda, con dislalia, lenguaje incoherente, disnea de pequeños esfuerzos, despierto, con reflejos oculomotores presentes, desorientado, disminución de fuerza muscular de MTD 4/5, al día siguiente presentó deterioro súbito del estado de alerta con anisocoria, hemiplejía derecha que progresó a cuadriplejía flácida. Presentó dificultad respiratoria por lo que fue intubado y asistido con ventilación mecánica. Se realizó RM observando infartos talámicos bilaterales. Se realizaron radiografía de tórax, EKG, ecocardiograma, Holter cardiaco y exámenes generales de laboratorio no encontrando evidencia de afección cardiovascular o de otra índole. Se le realizó traqueostomía y se colocó sonda nasoyeyunal para aporte nutricio ya que neurológicamente se encontró sin respuesta a estímulos dolorosos, no localizaba dolor, pupilas hiporreactivas, mirada divergente, cuadriplejía flácida, hiporreflexia, respuesta plantar indiferente bilateral, palmomentoniano y glabellar positivo.

CONCLUSIONES. La causa más común de infartos bitalámicos es la enfermedad de pequeños vasos. El uso de la RM es de gran utilidad para la evaluación de éstos casos.

DETERIOROCOGNITIVO EN SUPERVIVIENTES A UN ICTUS. FRECUENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

Fernández Concepción O^a, Rojas Fuentes J^b, Pando Cabrera A^a

^aNeurología. Unidad de Ictus. ^bNeurología. Instituto de Neurología y Neurocirugía. Ciudad Habana. Cuba.

INTRODUCCIÓN. El término de deterioro cognitivo vascular (DCV) agrupa a todos los niveles de afectación cognitiva de origen vascular. Pocos estudios han

investigado la influencia de otras variables desde una perspectiva más integral del concepto de salud.

OBJETIVOS. Evaluar la presencia de deterioro cognitivo en supervivientes a un ictus; así como los factores que se asocian a su existencia.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio sobre 120 supervivientes a un ictus. Variable principal: Estado mental, según la puntuación total del MMES, y de acuerdo criterios entre el MMSE y la prueba del reloj, se clasificará como: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo sin demencia, y demencia. Otras variables analizadas fueron: sociodemográficas, sobre hábitos tóxicos y enfermedades comórbidas, características de la enfermedad, estado neurológico, estado funcional, estado emocional, alteraciones en el sueño y calidad de vida.

RESULTADOS. El 61,2% de los pacientes estudiados presentaron algún grado de deterioro cognitivo, 48,3% presentaron demencia y 12,9% deterioro cognitivo sin demencia. Los factores que se asociaron a un peor estado cognitivo fueron: mayor edad, menor nivel educacional, peor estado neurológico, afectación del hemisferio izquierdo, infarto mayor de la circulación anterior. Peor estado cognitivo se relacionó con mayor afectación en actividades de la vida diaria, mayor depresión, y mayor afectación de la calidad de vida.

CONCLUSIONES. El deterioro cognitivo es muy frecuente después de un ictus. Este se asoció a la edad, el nivel educacional, así como a infartos extensos y del hemisferio izquierdo. Mayor deterioro cognitivo se relacionó con mayor discapacidad y peor calidad de vida.

IDENTIFICACIÓN CLÍNICA DE DIABETES MELLITUS NO CONOCIDA EN PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL. IMPLICACIONES DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS: ESTUDIO GLIA

Fuentes B^a, Díez Tejedor E^a, Castillo J^b, Dávalos A^c, Gil-Nuñez A^d, Vivancos J^c, Egido J^f, PI en nombre del grupo guía^g

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ^bUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. ^cUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital German Trias i Pujol. Badalona. País Nulo. ^dUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ^eUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Princesa. Madrid. ^fUnidad de ictus. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. Madrid. ^gGrupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. País España.

INTRODUCCIÓN. Se ha descrito que hasta un 20% de pacientes con infarto cerebral (IC) son diabéticos no conocidos.

OBJETIVOS. Analizar la frecuencia de identificación de diabetes mellitus (DM) no conocida en pacientes con IC y sus repercusiones diagnósticas y terapéuticas.

PACIENTES Y MÉTODOS. Análisis secundario del estudio GLIA. Estudio multicéntrico del Proyecto Ictus. Inclusión: IC de menos de 24 h de evolución. Se consideran nuevos diabéticos si HbA1c igual o mayor a 6,2%.

RESULTADOS. 364 pacientes. 65 nuevos diabéticos (17,9%). Estos tenían con menor frecuencia diagnóstico previo de otros factores de riesgo que los diabéticos: HTA (42,6 vs 69,5%; $p<0,05$) y dislipemia (12,2 vs 42,9 %; $p<0,05$). No hubo diferencias en la evolución de las cifras de glucemia y presión arterial, volumen de infarto (mediana: 60,8 vs 49,2 cc;ns), evolución a los tres meses: muerte (20,3 vs 18,1%;ns) o muerte-dependencia (55,9 vs 47,6%;ns) ni en el tratamiento de la hiperglucemia en fase aguda entre diabéticos y nuevos diabéticos (97,1 vs 93,5%; ns). A los tres meses sólo en 20% de los nuevos diabéticos se determinó la glucemia frente al 45,7% de los diabéticos previos. Menos nuevos diabéticos recibían tratamiento farmacológico para su DM (14,3 vs 46,3%).

CONCLUSIONES. Se identifica DM no conocida hasta en un 18% de los pacientes con IC, presentando similar evolución clínica que los diabéticos conocidos. Observamos un infradiagnóstico de factores de riesgo vascular, al igual que de la DM. Aunque no hay diferencias en el manejo de la hiperglucemia en fase aguda, a los tres meses menos pacientes con nueva diabetes son evaluados y tratados de este factor de riesgo.

RIESGO DE MORTALIDAD EN ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA EVALUADO POR NIHSS INICIAL

Silva FA^a, Zarruk JG^a, Villa LA^b, Camacho PA^c, Ramírez S^d, Perez GE^c

^aNeurología. ^cEpidemiología. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca. Colombia.

^bNeurología. Hospital San Vicente de Paul. Medellín. País Nulo. ^dNeurología. Hospital Clínica San Rafael. Bogotá. ^cClínica Carlos Lleras. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

INTRODUCCIÓN. La mortalidad por enfermedad cerebrovascular (ECV) se incrementa por la severidad clínica.

OBJETIVOS. Determinar el riesgo de mortalidad en pacientes con ACV isquémica según la severidad evaluada por NIHSS.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio de cohorte. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de ECV isquémica aguda confirmado por TAC y se determinaron los infartos microvasculares. Se realizó un seguimiento telefónico

para determinar la incidencia de mortalidad a tres años. Se evaluó la severidad del ictus por medio de la escala de NIHSS al ingreso y se realizó una historia clínica completa.

RESULTADOS. Se realizó seguimiento a 205 pacientes con ECV isquémica donde se observó una incidencia de mortalidad a tres años de 30.7% (IC95% 24.5-37.5%). El 37.3% (IC95% 30.6-44.3%) presentó un ECV severo (NIHSS >14) y la incidencia de ECV lacunar fue de 26.4% (IC95% 20.1-33.4%). Los pacientes con ECV severo presentaron un RR de 2.9 (IC95% 1.9-4.4) para muerte, y el RR en los pacientes con enfermedad lacunar fue de 0.34 (IC95% 0.16-0.76). En el análisis multivariado se encontró que el riesgo de muerte fue de 2.0 (IC95% 1.25-3.21) ajustado por enfermedad lacunar, por edad (>75 años) y diabetes mellitus.

CONCLUSIONES. La severidad clínica determinada por la escala de NIHSS es un factor de riesgo independiente para mortalidad ajustado por edad, tipo de ECV y diabetes mellitus.

LA ACTIVACIÓN DE CALPAINA PARTICIPA EN EL DAÑO POR ISQUEMIA CEREBRAL FOCAL E IDENTIFICA ÁREA DE PENUMBRA

Alonso de Leciñana M^a, Gutiérrez Fernández M^b, Salinas M^c, Masjuan J^a, Ayuso MI^c, Díez Tejedor E^d

^aNeurología. ^cBioquímica- Investigación. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

^bNeurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^dNeurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España

INTRODUCCIÓN. Las calpainas son una superfamilia de cisteína-proteasas intracelulares calcio-dependientes implicadas en la fisiopatología de la isquemia cerebral global. La calpaina activada induce destrucción neuronal actuando sobre múltiples sustratos: la degradación de eIF4G inhibe la traducción y desregula la síntesis de proteínas; la degradación de P35 a P25 da lugar a la activación patológica de Cdk5 que destruye proteínas del citoesqueleto. Objetivos. Estudiamos la activación de calpaina y la degradación de sus sustratos eIF4G y P35 en un modelo de isquemia cerebral focal.

PACIENTES Y MÉTODOS. Ratas Long Evans sometidas a ligadura de arteria cerebral media (ACM) durante cinco minutos (n=4), 30 minutos (n=4) una hora (n=5), 3h (n=4), 24 horas (n=3), 72 horas (n=6), siete días (n=3). Se obtienen muestras de corteza del centro y del borde de la lesión y de áreas simétricas del hemisferio contralateral. Mediante inmunoblot se determina activación de calpaina y degradación de eIF4G y P35. El volumen de lesión para cada tiempo de isquemia se determina en ratas sometidas al mismo procedimiento (n=6 por grupo).

RESULTADOS. Demostramos activación de calpaina después de una hora de isquemia. A las tres horas calpaina está activa en el centro de la lesión, pero no en el borde y después de 24 h se activa en todo el área de lesión, con degradación en paralelo de eIF4G y P35.

CONCLUSIONES. La calpaina se activa en función de la duración de la isquemia. El menor grado de activación de calpaina y degradación de sus sustratos en el borde de la lesión respecto al core identifica la existencia de penumbra isquémica.

ISQUEMIA CEREBRAL Y CARDIOPATIA ISQUÉMICA SILENTE. PAPEL DEL ECOCARDIOGRAMA CON DOBUTAMINA

Díaz Otero F^a, Gil Núñez A^b, Vázquez P^c, Villanueva JA^b, Moreno M^d, Bermejo J^d, García Fernández MA^d

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^bUnidad de Ictus. ^dLaboratorio de Imagen Cardíaca. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España. ^cUnidad de Ictus. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. Varios estudios han mostrado que los pacientes con ataques isquémicos transitorios (AIT) o infarto cerebral (IC) asocian frecuentemente cardiopatía isquémica silente (CIS).

OBJETIVOS. El objetivo de este estudio es valorar el papel de la ecocardiografía con dobutamina en la detección de la CIS en una serie prospectiva de pacientes con AIT o IC.

PACIENTES Y MÉTODOS. Serie prospectiva de pacientes ingresados en nuestra Unidad de Ictus entre marzo 2002 y noviembre 2004, con AIT o IC, sin historia clínica, ECG ni estudio con ecocardiograma transtorácico sugerente de cardiopatía isquémica, en los que se realizó eco-dobutamina para detectar CIS.

RESULTADOS. Se incluyeron 44 pacientes (26 varones). Edad media: 67 +/- 10.3 años. La proporción de cada subtipo de ictus en este grupo fue: AIT 15 %, aterotrombótico 8 %, cardioembólico 8 %, lacunar 44 %, desconocido 25 %. Se detectó cardiopatía isquémica silente en el 9 % de estos pacientes. En todos los pacientes en los que se detectó CIS, se encontraron alteraciones en dos o más segmentos de la pared cardíaca (basado en el modelo estándar de 16 segmentos). No hubo ningún efecto secundario grave en ninguno de los pacientes estudiados.

CONCLUSIONES. En pacientes con AIT o IC, en los que se descartó CI previa mediante pruebas convencionales, el eco-dobutamina detecta CIS en el 9 %, lo que hace posible instaurar medidas de prevención y manejo para evitar episodios coronarios o muerte cardíaca.

SÍNDROME DE LA VENA CAVA SUPERIOR CAUSADO POR BOCIO MULTINODULAR BENIGNO

Martín Barriga ML^a, Gil Núñez A^b, Berdei Y^b, Vázquez P^b, Tellado J^c, Muñoz Blanco JL^b, Díaz Otero F^b

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^bUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^cServicio de Cirugía Torácica. HGU Gregorio Marañón. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. El síndrome de la vena cava superior (SVCS) es una entidad clínica bien definida. Diversas causas se han relacionado con este síndrome, siendo las más frecuentes cáncer de pulmón o masas mediastínicas malignas.

OBJETIVOS. El objetivo del estudio es presentar una causa infrecuente del SVCS debido a un bocio multinodular retroesternal benigno y su dificultad diagnóstica.

PACIENTES Y MÉTODOS. Varón de 54 años, obeso, dislipémico, con un infarto mesencefálico dos meses previos al comienzo de la clínica. Presenta episodios de cefalea breve intensa, opresiva occipital, solo desencadenada por la elevación de los miembros superiores en bipedestación, asociada a rubefacción, varios segundos después de la maniobra y persistiendo mientras mantiene esta postura. La exploración muestra cuello corto, glándula tiroidea aumentada de tamaño, no existe ingurgitación yugular, siendo la exploración neurológica normal.

RESULTADOS. Las pruebas analíticas incluida las hormonas tiroideas fueron normales. La radiografía de tórax mostró cardiomegalia. Un TC torácico no mostró anomalías. Una ecografía cervical mostró un bocio multinodular retroclavicular, sin signos de malignidad y con desplazamiento bilateral de las venas yugulares. Un estudio doppler de troncos supraórticos convencional fue normal, un segundo estudio en la posición desencadenante de la clínica mostró un estasis yugular significativo. Tras la intervención quirúrgica se resolvió la clínica. El estudio histológico demostró un bocio multinodular benigno.

CONCLUSIONES. EL SVCS es usualmente debido a lesiones malignas. Sin embargo de manera excepcional puede ser debido a bocio multinodular benigno, siendo preciso insistir en el diagnóstico, a pesar de que las pruebas convencionales sean normales.

SE BENEFICIAN LOS PACIENTES CON INFARTO CEREBRAL AGUDO SECUNDARIO A DISECCIÓN ESPONTÁNEA DE LA ARTERIA CARÓTIDA EXTRACRANEAL DE TRATAMIENTO CON RT-PA INTRAVENOSO?

Fuentes B^a, Martínez P^b, Alonso de Leciana M^c, Masjuán J^c, Egido J^d, Simal P^d, Díaz-Otero F^c, Gil

Núñez A^c, Díez-Tejedor E^b

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ^bUnidad de ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. UAM. Madrid. ^cUnidad de ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. UAH. Madrid. ^dUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario San Carlos. UCM. Madrid. ^eUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. Hospital Universitario Gregorio Marañón. UCM. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. Series pequeñas de pacientes con infarto cerebral (IC) secundario a disección carotídea extracraneal (DCE) tratados con rt-PA intravenoso señalan su seguridad pero no analizan específicamente su beneficio.

OBJETIVOS. Analizar si los pacientes con IC secundario a DCE obtienen beneficio con la trombolisis intravenosa.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio observacional multicéntrico. Pacientes con IC agudo tratados con rt-PA intravenoso en cuatro hospitales universitarios. Análisis comparativo entre pacientes con o sin DCE. Variables: factores de riesgo, gravedad (NIHSS), complicaciones (transformación hemorrágica, edema cerebral), mortalidad, Escala de Rankin modificada (ERm) a los tres meses.

RESULTADOS. 175 pacientes tratados con rt-PA, 4 con DCE. Éstos eran más jóvenes (40 vs 65 años; $p < 0,05$) y sin factores de riesgo (excepto tabaquismo en un caso). Un paciente con DCE desarrolló transformación hemorrágica, dos edema cerebral y ninguno falleció. No había diferencias en la NIHSS basal (12.6 vs 14.3; ns). Ningún paciente con DCE presentó mejoría significativa ($> / = 8$ puntos NIHSS) a las 24h, frente al 30% de pacientes sin DCE. En aquellos con DCE hay una tendencia a menor variación en la NIHSS al 7^o día respecto a la basal (-5 vs -6.9 puntos). A los tres meses, la probabilidad de presentar ERm >2 es mayor en los pacientes con DCE (75% de los casos) que en aquellos sin DCE (47%); OR: 3,381 (95%IC: 0,343-33,335).

CONCLUSIONES. Aunque el tratamiento con rt-PA intravenoso en el IC secundario a DCE no se asocia a mayor morbi-mortalidad, el beneficio neto es posiblemente menor que en IC sin DCE. Es necesario ampliar la muestra para extraer conclusiones definitivas.

EL ANTECEDENTE DE AIT PREVIO COMO FACTOR PRONOSTICO EN PACIENTES CON ICTUS ISQUÉMICO TRATADOS CON TROMBÓLISIS INTRAVENOSA

Alonso de Leciana M^a, Cruz Culebras A^b, Fuentes Gimeno B^c, Egido Herrero JA^d, Simal Hernández P^d, Díez Tejedor E^c, Díaz Otero F^c, Gil Núñez A^c, Masjuan Vallejo J^a

^aNeurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. ^bNeurología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. ^cNeurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. ^dNeurología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. ^eNeurología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. País España.

INTRODUCCIÓN. El antecedente de ataque isquémico transitorio (AIT) ipsilateral en las horas previas a un ictus podría suponer un mecanismo protector por efecto de preconditionamiento isquémico, pero también aumentar el riesgo de complicaciones si se realiza trombolisis.

OBJETIVOS. Evaluar el antecedente de ataque isquémico transitorio ipsilateral en relación con la evolución en pacientes tratados con rt-PA iv.

PACIENTES Y MÉTODOS. Pacientes tratados con rt-PA iv en cuatro hospitales universitarios. Se recogen antecedentes de AIT ipsilateral en las 48h previas al ictus tratado, edad, sexo, factores de riesgo, glucemia basal, etiología (TOAST), NIH basal, tiempo al tratamiento, transformación hemorrágica, puntuación en la escala NIH a los siete días y en la escala de Rankin modificada (ERm) a los tres meses y se comparan entre los pacientes que han tenido AIT y los que no.

RESULTADOS. Se recogen 162 pacientes de los que nueve (5,6%) presentaron AIT en las 48 horas previas. No hay diferencias significativas en cuanto a los factores de riesgo y las características basales de los dos grupos ni en la NIH a los siete días. Los AIT previos son menos frecuentes en los ictus cardioembólicos ($p = 0,039$). En los pacientes con AIT se observa una tendencia a presentar mayor riesgo de transformación hemorrágica (OR 1,99 IC95% 0,50-7,49) y de muerte o dependencia (ERm 3-6) los tres meses (OR 1,39 IC95% 0,39-4,94).

CONCLUSIONES. El antecedente de AIT en pacientes sometidos a trombolisis intravenosa podría asociarse a mayor riesgo de transformación hemorrágica y a peor pronóstico funcional. Son necesarios estudios más amplios para confirmar este hallazgo.

ULCERA CUTÁNEA EN CUERO CABELLUDO

PAREJA MARTINEZ A^a, MILLAN PARRILLA F^b, QUECEDO ESTEBANEZ E^b, SANJUAN J^c, PONT SANJUAN V^b, CARMENA RAMON R^b, VELASCO PASTOR M^b, GIMENO CARPIO E^b

^aNEUROLOGIA. ^bDERMATOLOGIA. ^cANATOMIA PATOLOGICA. HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA. VALENCIA. ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN. Muchas entidades clínicas pueden presentarse con un cuadro dermatológico similar. La evolución clínica junto a las pruebas complementarias que incluyen estudios de imagen y la biopsia cutánea dan el diagnóstico definitivo. Es importante esta

diferenciación a la hora de establecer un tratamiento y pronóstico correcto.

PACIENTES Y MÉTODOS. Presentamos el caso de una mujer de 83 años con lesiones erosivas impetiginizadas en la región parietal izquierda. La evolución de la paciente y la biopsia cutánea confirmaron el diagnóstico de arteritis de la temporal.

CONCLUSIONES. Se comentan los cuadros clínicos dermatológicos que pueden plantear un diagnóstico diferencial como piodermitis por rascado, herpes zoster, celulitis disecante del cuero cabelludo, penfigoide cicatricial y dermatitis erosiva del cuero cabelludo.

¿TIENEN LOS FÁRMACOS HIPOTENSORES PROPIEDADES NEUROPROTECTORAS EN CASO DE INFARTO CEREBRAL?

Ortega-Casarrubios MA^a, Fuentes Gimeno B^a, San José Valiente B^b, Aguilar-Amat MJ^c, Ybot Gorrín I^c, Martínez Sánchez P^a, Díez-Tejedor E^a

^aUnidad de Ictus. Servicio de Neurología. ^bServicio de Bioestadística. ^cServicio de Neurología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

INTRODUCCIÓN. Algunos fármacos utilizados en prevención del infarto cerebral (IC) han mostrado propiedades neuroprotectoras, como por ejemplo las estatinas. Se desconoce si los fármacos hipotensores comparten esta propiedad.

OBJETIVOS. Analizar la repercusión del tratamiento hipotensor previo en la gravedad y evolución del IC agudo.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio observacional, con inclusión de pacientes con IC atendidos en la Unidad de Ictus (enero 2000-octubre 2005). Analizamos: Factores de riesgo vascular, tratamiento anti-HTA previo, gravedad al ingreso (Escala Canadiense de ictus, EC), complicaciones hospitalarias, mortalidad y escala de Rankin modificada (mRS) al alta.

RESULTADOS. 1738 pacientes, 55,9% hombres. Edad media: 69,61+/-12 años. HTA 63,3%; DM: 27,9%. El 39,4% seguía tratamiento con fármacos hipotensores, 90,2% de ellos por HTA. Los pacientes tratados con ARA II presentaron menor gravedad al ingreso (EC \leq 6:16 vs 29,4%, $p=0,011$) y mejor estado funcional al alta (ERm \leq 2: 78 vs 63,6%, $p=0,008$), siendo un factor predictor de menor gravedad independiente de edad, sexo y subtipo de ictus (OR 0,4; 95% IC 0,2-0,7). Los pacientes tratados con diuréticos presentaron mayor gravedad al ingreso (EC \leq 34,5 vs 27,3%, $p=0,023$) y peor evolución (ERm \leq 2: 58,9 vs 65,8%, $p=0,044$), en el resto de fármacos hipotensores analizados no se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas. Ninguno de estos tratamientos actuaron como factor pronóstico independiente.

CONCLUSIONES. El tratamiento previo con ARA II se asocia con una menor gravedad del IC al ingreso y mejor evolución, siendo un factor predictor independiente de menor gravedad. Son necesarios más estudios para profundizar en este posible papel neuroprotector.

TRATAMIENTO PREVIO CON ESTATINAS: MAYOR BENEFICIO EN EL INFARTO LACUNAR

Rivera Ordoñez C^a, Martínez Sánchez P^b, Fuentes Gimeno B^b, Ortega Casarrubios LÁ^b, Abenza Ibildúa MJ^b, Díez Tejedor E^b

^aNeurología. Facultad De Medicina, Universidad Nacional De Colombia. Bogotá. Colombia. ^bNeurología. Hospital Universitario La Paz. Uam. Madrid, España.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento previo con estatinas tiene un efecto neuroprotector tras un infarto cerebral, sin haberse podido establecer diferencias por subtipo etiológico.

OBJETIVOS. Evaluar este efecto neuroprotector y analizar diferencias entre los subtipos de infarto.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio observacional con inclusión secuencial de pacientes con infarto cerebral atendidos en nuestra Unidad de Ictus desde enero-1998 hasta octubre-2006. Se realizaron dos grupos de pacientes, según tratamiento previo con estatinas. Parámetros estudiados: datos demográficos, gravedad del ictus (Escala Canadiense), subtipos etiológicos de infarto cerebral; complicaciones, mortalidad intrahospitalaria y estado funcional al alta (Escala de Rankin modificada (ERm)).

RESULTADOS. 2344 pacientes. 1313 hombres, 1031 mujeres. Edad media 69.28 +/- 12.35 años. 216 pacientes (9.1%) tomaban estatinas previamente al ictus. El grupo de estatinas presentaba con mayor frecuencia antecedente de hipertensión, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, infarto de miocardio, hiperlipemia, arteriopatía periférica, AIT e infarto cerebral, ($P<0.05$). Las estatinas se asociaron a una mejor evolución funcional (ERm \leq 2) al alta (54.1% vs 46.7%, OR 0.740; 95% CI, 0.559-0.980). El análisis de regresión logística mostró que las estatinas se asociaban a mejor evolución (OR 0.655; 95% CI, 0.448-0.958) ajustado por datos demográficos, factores de riesgo, complicaciones, subtipo y gravedad del infarto. Por subtipo etiológico, las estatinas se asociaron significativamente a mejor evolución en el infarto lacunar (81.1% vs 68%, $P=0.024$).

CONCLUSIONES. El tratamiento previo con estatinas es un factor independiente de buena evolución tras un infarto cerebral agudo. Los infartos lacunares son los que más se benefician de este efecto neuroprotector.

VALIDEZ DE LA ESCALA NIHSS PARA PREDECIR MORTALIDAD EN ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA AGUDA EN POBLACIÓN COLOMBIANA

Silva Sieger FA^a, Zarruk JG^a, Restrepo JA^b, Camacho PA^c, Pradilla G^d, Bernal O^e

^aNeurología. ^cEpidemiología. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca. Colombia. ^bNeurología. Hospital Santa Clara. Bogotá. ^dNeurología. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia. ^eNeurología. Hospital Militar Central. Bogotá. Colombia.

INTRODUCCIÓN. La escala NIHSS se usa como un marcador de pronóstico en enfermedad cerebrovascular (ECV). **Objetivos.** Establecer la validez predictiva de la escala NIHSS para mortalidad a tres años en pacientes con ECV isquémica aguda en población colombiana.

PACIENTES Y MÉTODOS. Se diseñó un estudio de cohorte incluyendo pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de ECV isquémica confirmado por TAC. Se evaluó la severidad del ictus por medio de la escala del NIHSS al ingreso y se estableció la mortalidad de la población.

RESULTADOS. Se realizó seguimiento a 205 pacientes con ECV isquémica donde se observó una incidencia de mortalidad a tres años de 30.7% (IC95% 24.5-37.5%). Se estableció la sensibilidad (SE) y la especificidad (ES) de los puntos de corte originales de la escala, observando una SE de 91.9%, una ES de 40.8% y una SE de 62.9%, una ES de 73.9% para un puntaje menor de 7 y mayor a 14, respectivamente. Al analizar la curva ROC y determinar un punto de corte adecuado para predecir muerte en la población estudiada, se encontró que un puntaje mayor a 11 reporta una SE de 77.4% y una ES 65.5% con una probabilidad positiva de diagnóstico (eficiencia) de 69% y un área bajo la curva ROC de 0.76 (IC95% 0.69-0.83). Además, el RR para muerte fue de 3.78 (IC95% 2.23-6.41) con este punto de corte.

CONCLUSIONES. La escala del NIHSS muestra una buena validez concurrente para predecir mortalidad en pacientes con ECV isquémica aguda, pero es importante establecer puntos de corte acordes a las características de la población en estudio.

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE CONSULTA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA AGUDA

Silva FA^a, Arenas Borda W^a, Zarruk JG^a, Estupiñán AM^a, Quintero C^a, Pradilla G^b

^aNeurología. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca. ^bNeurología. Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga. Colombia.

INTRODUCCIÓN. El tiempo de consulta en Enfermedad Cerebrovascular (ECV) es un marcador de pronóstico.

OBJETIVOS. Identificar factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con ECV isquémica aguda en una muestra de población colombiana.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio de corte transversal que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de ECV isquémica aguda. Se estimó el tiempo de inicio de síntomas y de ingreso a urgencias, se evaluaron factores clínicos, sociodemográficos y culturales.

RESULTADOS. Se incluyeron 311 pacientes con ECV isquémica aguda, reclutados en 11 centros de cinco ciudades de Colombia. La media del tiempo de consulta fue de 17.8 ± 24.2 horas (15 minutos a 7 días). 22.8% de los pacientes ingresaron en las primeras tres horas y 59.4% después de seis horas. El tiempo de consulta fue significativamente menor en pacientes que ingresaron con un segundo ECV (11 ± 12.3) frente a aquellos con un primer evento (19.1 ± 26.2) ($p=0.032$), los procedentes de áreas urbanas en comparación a las rurales (15.8 ± 24.4 vs 26 ± 21.9 horas) ($p=0.001$), estratos socioeconómicos altos (16 ± 24.8) frente a los bajos (21 ± 22.1), mejor nivel educativo (10.5 ± 15.3) en comparación con un nivel inferior a la educación primaria (19.3 ± 25.6) ($p<0.005$) y los pertenecientes al régimen de salud con capacidad de pago (11.4 ± 15.7 horas) al compararlos con los beneficiarios del régimen de salud subsidiado por el estado (22.2 ± 27.8 horas) ($p=0.005$).

CONCLUSIONES. El tiempo de consulta post-ictus es elevado, lo cual está relacionado con niveles socioeconómicos y de escolaridad bajos. Las medidas deben estar dirigidas a planes de educación a la comunidad con especial atención en la población más susceptible.

EVALUACION DE LA DISCAPACIDAD POST ACV

Restrepo J. Neurología. Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

INTRODUCCIÓN. La discapacidad post ACV genera un impacto socioeconómico y de salud muy alto en la población con factores de riesgo; el conocimiento de esta variable es fundamental para implementar políticas de atención mejor establecidas para dichos pacientes.

OBJETIVOS. Evaluar la discapacidad neurológica a tres meses del ACV en la escala de Barthel, el tipo de rehabilitación ambulatoria recibida y su relación con la severidad del ACV al ingreso.

PACIENTES Y MÉTODOS. Diseño: Estudio observacional de corte transversal en una muestra de conveniencia de 200 pacientes con diagnóstico de ACV agudo y seguimiento a tres meses, con medición del puntaje NIHSS al ingreso y puntaje Barthel a los tres meses.

RESULTADOS. Datos demográficos: Sexo Femenino: 58%; Edad 66a. Tipo ACV: Isquémico 70%, Hemorrágico 30%. Ventana ingreso menos de tres horas: 15%. Puntaje NIHSS ingreso:10. Puntaje Barthel tres meses después: 65 Barthel mayor 90: 28%. No hubo diferencias por tipo ACV y puntaje en la escala de Barthel. Puntaje NIHSS mayor de 20 tuvieron mayor discapacidad final con Barthel menos de 40; inicio de rehabilitación ambulatoria: un mes después; 18% no tuvieron ingreso a programa de rehabilitación.

CONCLUSIONES. La discapacidad post ACV es muy alta en nuestra población con un alto puntaje en NIHSS al ingreso; existe gran demora en inicio de rehabilitación ambulatoria; la severidad del ACV predice discapacidad final a tres meses. Se necesita implementar mejores programas de rehabilitación neurológica que permitan mejorar la calidad de vida de la población con discapacidad según las políticas del plan nacional de atención al discapacitado y así disminuir el impacto socioeconómico generado por la enfermedad cerebrovascular.

PATRÓN INFLAMATORIO Y SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD EREBROVASCULAR ISQUÉMICA AGUDA

Silva FA^a, Zarruk JG^a, Arenas Borda W^b, Restrepo JA^c, Bernal O^d, Lopez-Jaramillo P^c

^aNeurología. ^eInvestigaciones. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca. Colombia. ^bNeurología. Fundación Cardiovascular de Colombia. Floridablanca. ^cNeurología. Hospital Santa Clara. Bogotá. País Nulo. ^dNeurología. Hospital Militar Central. Bogotá. Colombia.

INTRODUCCIÓN. Los estados inflamatorios agudos se consideran factor de riesgo para Enfermedad Cerebrovascular (ECV). Objetivos. Evaluar el comportamiento de marcadores inflamatorios con relación a la severidad de la (ECV) isquémica aguda evaluada por la escala NIHSS al ingreso y egreso hospitalario.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico clínico de ECV isquémica aguda confirmado por TAC. Dentro de los cuatro primeros días del ictus, se tomaron muestras sanguíneas venosas en ayuno para la determinación de Proteína C-reactiva (PCR), Interleuquina 6 (IL-6), factor de necrosis Tumoral α (TNF- α), y leucograma. Adicionalmente, se aplicó la escala del NIHSS al ingreso y egreso del paciente para evaluar el compromiso neurológico.

RESULTADOS. Se incluyeron 180 pacientes, con una media de edad de 68.5 ± 13.1 años; el 51.8% fueron hombres. Mediante un análisis de varianza no paramétrica, se encontró que los valores de PCR, IL-6, TNF- α y leucocitos se relacionan con un

aumento en el puntaje de la escala NIHSS al ingreso ($p < 0.01$), y hay una relación entre los niveles de PCR e IL-6 con valores aumentados en la escala al egreso ($p < 0.01$) (Tabla).

CONCLUSIONES. Existe una asociación entre el grado de inflamación y el compromiso neurológico de los pacientes evaluado por NIHSS, sugiriendo que la PCR e IL-6 se comportan como marcadores de evolución.

ENDARECTOMIACAROTIDEAEXPERIENCIA CON 103 CASOS

Ricardo Rangel Guerra Facp, Faan, Faha. Rolando Maldonado González. Claudio Muñiz Landeros. Servicio de Neurología Hospital Universitario. Hospital Christus Muguerza (Servicio De Cirugía Vascular). Departamento De Clínica Propedéutica, Fac. De Medicina. Monterrey México.

INTRODUCCIÓN. Durante la década del cerebro, varias publicaciones demostraron que la encarectomía carotídea (EC) es mejor que el tratamiento medico en el manejo de la enfermedad cerebro vascular oclusiva extra craneal. NASCET (*North American Study of Carotid Endarterectomy Trial*) y ECAS (*European Carotid Artery Stenosis*) han demostrado que este procedimiento es mejor que el tratamiento medico en pacientes sintomáticos con estenosis carotídea mayor de 69%.

PACIENTES Y MÉTODOS. De 1990 A 1998 se colectaron 103 pacientes con enfermedad oclusiva carotídea extracraneal mayor del 60% y todos los pacientes fueron operados por el mismo cirujano (RMG). La edad media de los pacientes fue de 69.46 años (de 39 a 93 años de edad) y fueron 66 hombres (64.05%) y 37 mujeres (35.92%) factores de riesgo, fueron HTA (42.71%) tabaquismo (38.83%) Hiperlipidemia (12.6%) Diabetes mellitus (10.67%) EVC previa (55.33%) AIT previo (46.60%) Enfermedad coronaria con angina (12.62%).

RESULTADOS. La principal sintomatología consistió en: inconciencia súbita con hemiplejía (65.04%) disfasia - disartria (19.41%), AMAUROSIS: (11 PTS. 10.67%) y otros síntomas (4.85 %) Procedimientos diagnósticos prequirúrgicos fueron angioresonancia (10.67%) ultrasonografía carotídea (65.04%) angiografía digital (29.12%) la estenosis carotídea fue confirmada por el cirujano en el 100% de los casos, midiéndose con estiletes de diferentes tamaños. La mayoría de los pacientes tenían 65% ó mayor de estenosis carotídea (60 a 99 %) La EC se realizo en un lapso promedio de 60.69 minutos EC unilateral se realizo en 84 pacientes (81.55%) (T derecha y 77 izquierda) y Bilateral en (18.44%) Los especímenes patológicos demostraron ateroma calcificación en el 100% de los casos y en dos enfermos existía un ateroma “flotante” con síntomas agudos y en ambos

casos se realizó EC de urgencia, con excelentes resultados.

Complicaciones de la EC se observaron en (8.73%) que incluyeron Hematoma en el lecho quirúrgico (33.33%), lesión del XII par craneal en un paciente (11.11%) y otros (33.33%).

Tres enfermos murieron (durante la hospitalización (2.91%) debido a taponamiento cardiaco (1) Insuf. Renal Aguda (1) e infarto del miocardio (1).

La estancia hospitalaria promedio fue de 5.98 días (de 1 a 49 días) el promedio de estancia hospitalaria en EC bilateral fue de 9 días (de 7 a 14 días).

CONCLUSIÓN. La importancia de este reporte estriba en la baja morbilidad y baja mortalidad de la EC, cuando se realiza por el mismo cirujano vascular, de acuerdo con la literatura publicada 1.4% en protocolos hospitalarios de NASCET Y ECAS y de 1.7 en hospitales no protocolizados. Otro punto es la relativa corta estancia hospitalaria de los pacientes (incluyendo EC bilateral) y la excelente correlación entre los estudios de ultrasonido y los hallazgos quirúrgicos, así como los buenos resultados (en general) obtenidos con la EC.

ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO CONTROLADO CON PLACEBO USANDO DOS DOSIS DE DAPSONA COMO NEUROPORTECTOR DURANTE LA ETAPA AGUDA DE INFARTO CEREBRAL.

Alvarado J, Alvarado JL, Ríos C, Nader J. México.

INTRODUCCIÓN. La enfermedad cerebrovascular (EVC) es la tercera causa de muerte en el mundo, el 75% de los casos corresponden a EVC isquémica. La isquemia cerebral resulta de la disminución del flujo sanguíneo cerebral por diferentes mecanismos. Las células del centro isquémico están destinadas a morir y están rodeadas por la zona de penumbra, potencialmente rescatable. A nivel molecular, la isquemia cerebral resulta de una secuencia compleja de eventos fisiopatológicos: excitotoxicidad, estrés oxidativo, inflamación y apoptosis. En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de México se realizó un estudio piloto con dapsona (4-4'-diaminodifenilsulfona). Los pacientes recibieron el tratamiento con dapsona 200 mg o placebo, por vía oral, en dosis única y se evaluaron 60 días con la escala NIHSS para determinar la recuperación clínica con resultados favorables. La dapsona actúa inhibiendo la síntesis de ácido fólico. Los mecanismos por el cual la dapsona produce neuroprotección es probablemente por dos vías: a) antagonista contra acciones del glutamato y b) efectos antiinflamatorios.

OBJETIVOS. Presenta el proyecto de un estudio experimental comparativo, doble ciego, controlado

con placebo fase III para evaluar la respuesta clínica de la dapsona, administrada en las primeras doce horas después del evento isquémico.

PACIENTES Y MÉTODOS. De acuerdo a datos estadísticos basados en el estudio piloto incluiremos 600 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de infarto cerebral tromboembólico del territorio carotídeo, confirmado con estudios de neuroimagen. Los pacientes deberán al menos responder a un estímulo menor y presentar un déficit neurológico focal (funciones corticales, motor, sensitivo, coordinación) y tener un puntaje mayor de 4 en la escala NIHSS de ingreso. La evaluación clínica se realizará en ciego al tratamiento, aplicando las pruebas siguientes: a) Escala NIHSS, b) La Escala Funcional de Rankin y c) Índice de Barthel. Realizaremos comparación de tres grupos: pos hoc Tukey para variables continuas y Regresión logística para variables categóricas.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE MÉDICA SUR.

Arias EA, Cuéllar L, Nader J.

Departamento de Medicina Interna. Clínica de Enfermedad Vascular Cerebral y Departamento de Neurología. Fundación Clínica Médica Sur. México D.F.

OBJETIVO. Conocer las características epidemiológicas de la población que acude al servicio de urgencias del Hospital Médica Sur que padecen eventos cerebrales vasculares.

PACIENTES Y MÉTODOS. Estudio retrospectivo, epidemiológico, en el cual se revisaron 200 expedientes de pacientes que acudieron al servicio de urgencias en un tiempo de cuatro años con diagnóstico de enfermedad vascular cerebral. Se estudiaron las características de la población tras dividirlos de acuerdo al tipo de EVC. De los grupos estudiamos características generales, incidencia de comorbilidades así como el tiempo de evolución y clasificación de acuerdo a la NIH. Por último comparamos entre ambos grupos la mortalidad. Para el análisis estadístico se consideró una diferencia significativa a un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS. El estudio incluyó en total 110 pacientes, los cuales dividimos en dos grupos: pacientes con EVC isquémico 60.9 (n=67) y pacientes con EVC hemorrágico 39.1% (n=43). El 72% de los pacientes eran hombres y el 28% fueron mujeres, la edad media en el grupo de EVC isquémico fue de 63 ± 12 años y en el grupo de EVC hemorrágico la media fue de 56 ± 10 años, encontrándose una diferencia significativa ($p = 0.02$).

La mortalidad en el grupo de EVC isquémico fue de 10.44% mientras que en el EVC hemorrágico la

mortalidad fue del 20.4%, siendo estadísticamente significativo ($p < 0.05$)

CONCLUSIONES. La población con EVC que acude al hospital Médica Sur padece principalmente la variedad isquémica aunque la mortalidad general reportada en este estudio es menor a la reportada en otros países, nuestras cifras coinciden con aquellas reportadas para países con población caucásica.

USO DE STENTS EN EL TRATAMIENTO DE ANEURISMAS INTRACRANEALES

García De La Fuente A, Servicio De Hemodinamia. Hospital Christus - Mugerza. Monterrey. Rangel Guerra R, Servicio De Neurología. Hospital Universitario. México.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento quirúrgico convencional de las aneurismas intracraneales, con el clipaje de ellos con diferentes técnicas ha ido desapareciendo, sustituyéndose por el abordaje a través de neurointervencionismo.

OBJETIVOS. Presentamos la experiencia con el uso de stents auto expandibles en el manejo de los aneurismas intracraneales y la embolización de los mismos con respirales metálicos.

PACIENTES Y MÉTODOS. De Junio del 2001 a Junio del 2005 se trataron 34 pacientes de los cuales siete eran hombres y 27 mujeres. Las edades fluctuaron entre 18 a 78 años, con una media de 48. Todos los pacientes fueron tratados bajo anestesia general y en todos se utilizaron antiagregantes (clopidogrel) previo y durante el procedimiento. También se utilizó heparina IV durante el tratamiento.

RESULTADOS. De los 34 pacientes, 24 aneurismas fueron saculares de cuello amplio, ocho fueron pequeños, siete gigantes y 19 medianos. Seis aneurismas se localizaron en la carótida cavernosa, cinco en la Arteria oftálmica, siete en la A. comunicante posterior, tres en la arteria cerebral anterior y tres en la bifurcación carotídea, tres aneurismas en la unión M1-M2, dos en la arteria comunicante anterior y tres en V4, una en la arteria basilar, dos en la punta de la arteria basilar y un aneurisma en el segmento P2. 22 pacientes estaban en grado I de la escala de HUNT y HESS, 7 en el grado II, 4 en grado III y 1 en grado IV. Se colocaron un total de 40 stents, dos balones dependientes y 38 autoexpandibles. 29 fueron NEUROFORM y 9 RADIUS. En 23 pacientes se colocaron espirales metálicas electrodesprendibles GDC. En 10 pacientes se desarrolló trombosis intra stent, la cual se resolvió en todos los casos con Tirofiban; cuatro pacientes desarrollaron sangrado durante el procedimiento y en tres de ellos fueron secundarios al uso del Tirofiban. Un paciente presentó sangrado dos días después de la colocación del stent. Cinco enfermos fallecieron de los cuales tres

correspondían al sangrado por Tirofiban, uno con resangrado dos días después, y uno no se relaciona a sangrado.

Se realizó control angiográfico en 18 pacientes de los cuales uno tuvo recanalización del aneurisma y dos presentaron trombosis del vaso portador. 27 pacientes estaban asintomático en su seguimiento tres meses después y dos tuvieron residuos neurológicos discapacitantes.

CONCLUSIONES. La utilización de STENTS en el tratamiento de aneurismas intracraneales hace posible el manejo de esta condición neurovascular con mínima invasión, en casos de aneurismas anteriormente intratables o de muy difícil manejo y con gran morbilidad y mortalidad.

EXPERIENCIA CON SEIS CASOS DE OCLUSIÓN AGUDA DE LA ARTERIA O VENA CENTRAL DE LA RETINA MANEJADOS EXITOSAMENTE CON TROMBÓLISIS INTRAARTERIAL SUPER SELECTIVA

García De Lafuente A, Neuroradiólogo Intervencionista. Dr. Rodolfo Benavides. Servicio De Oftalmología. Abarca A, Servicio de Oftalmología Hospital Christus Mugerza. Monterrey. Rangel Guerra R. Servicio de Neurología Hospital Universitario. México.

INTRODUCCIÓN. El tratamiento agudo de la oclusión de la arteria o vena central de la retina permanece controversial. El manejo tradicional incluía el descenso de la presión intraocular para mejorar la perfusión dentro del ojo, así como el manejo con gotas oculares. Con el advenimiento de las técnicas de neurointervencionismo vascular estas se han considerado como tratamientos potencialmente efectivos, aparentemente en las primeras 12 horas del evento vascular isquémico.

PACIENTES Y MÉTODOS. Desde abril del 2001 hasta mediados del año 2004 se colectaron siete pacientes (mujeres y dos hombres) con pérdida o disminución aguda e importante de la visión de un ojo como candidatos para este tipo de tratamiento. Las edades de los pacientes fluctuaron entre 27 - 78 años con una media de 61 años. El tiempo transcurrido entre la instalación del evento isquémico ocular y la trombólisis intraarterial varió entre 12 - 96 horas. Se utilizaron trombolíticos de tipo r-tPA y Tirofiban así como neuro protección. De los siete pacientes, cuatro tenían enfermedad oclusiva aterosclerótica carótida extracranial pero no crítica.

RESULTADOS. Dos pacientes tenían amaurosis total. Tres enfermos tenían visión 20/400 y dos 20/200 en el ojo afectado. Seis de los siete pacientes tuvieron oclusión de la vena central de la retina y una de la arteria central, dos de los pacientes recibieron r-tPA

y en cinco tirofiban. Todos los pacientes recibieron neuroprotección con nimodipina y sulfato de magnesio por vía intra arterial. Todos los enfermos recibieron clopidogrel, ácido acetil salicílico y enoxaparina por un mes después del tratamiento agudo. Cuatro pacientes recuperaron la visión en forma completa, dos con recuperación parcial y en uno se observó mejoría. No hubo complicaciones. Este es el primer reporte en México sobre el uso de trombolisis intraarterial superselectiva para el manejo de la ceguera monoocular aguda secundaria a trombosis de la vena o arteria central de la retina. Se considera necesario aumentar esta casuística para probar el beneficio de esta terapia en este síndrome neuro-oftalmológico agudo.

MANEJO EXITOSO DEL ATAQUE CEREBRAL ISQUÉMICO AGUDO CON CITICOLINA INTRAARTERIAL SUPERSELECTIVA (REPORTE DE DOS CASOS)

Rangel Guerra R, Servicio De Neurología - Hospital Universitario. García De La Fuente A, Unidad De Hemodinamia - Hospital Christus Muguerza. Monterrey. México.

INTRODUCCIÓN. Hasta la fecha ningún agente neuro protector ha demostrado que modifique el curso clínico del ataque cerebral isquémico agudo.

La citicolina, (difosfato de colina-citidina) ha sido estudiado mundialmente con múltiples protocolos clínicos, con hallazgos positivos pero solo en un protocolo se obtuvieron resultados significativos en cuanto a mejoría. Todos los protocolos han utilizado este agente por vía oral o intravenosa y nunca se le ha utilizado por vía intraarterial superselectiva.

OBJETIVO. Dos pacientes con ataque cerebral isquémico agudo. Mujer de 87 años con episodio de hemiparesia atáxica derecha de cuatro días de evolución y varón de 72 años de edad con síndrome isquémico de la ACM derecha de 12 horas de evolución, ambos con respuesta clínica exitosa después de administrarles citicolina intraarterial.

PACIENTES Y MÉTODOS. Ama de casa de 87 años, sin historia de diabetes mellitus ni de Hipertemia arterial, que acude a consulta por ataxia de la marcha con lateropulsión a la derecha de cuatro días de evolución, con instalación súbita. Caídas frecuentes. Exploración física: TR 150/80 pulso 74 regular. Catarata bilateral. Prolapso vaginal (+++). Hemiparesia atóxica derecha con discreta hiperreflexia OT derecha. Doppler transcerebral: probable estenosis de ambas arterias vertebrales en segmento V4. IRM (encéfalo): infartos lacunares múltiples en cerebelo, ganglios basales y sustancia blanca subcortical. Panangiografía cerebral: mostró solo acodaduras y tortuosidad de arterias vertebrales. Se le aplico

citicolina intraarterial (200MG) con excelente respuesta y con desaparición de todos sus síntomas (aprox. 3 días después del evento).

Hombre de 68 años de edad, diabético e hipertenso que desarrollo súbitamente hemiparesia izquierda y paresia facial inferior izquierda. No se encontró patología carotídea oclusiva extra craneal por Doppler. Se admitió al hospital a la sala de Hemodinamia aproximadamente 12 horas después del evento vascular y se administro citicolina intraarterial con recuperación relativamente rápida de un déficit neurológico. No se presentaron complicaciones.

RESULTADOS. Este es el primer reporte en México del uso de la citicolina por vía intraarterial superselectiva con excelentes resultados. No hubo efectos adversos ni complicaciones y ambos pacientes estaban asintomáticos dos meses después del tratamiento.

CONCLUSIONES. Este es un reporte preliminar y se considera necesario coleccionar más casos para confirmar el efecto benéfico de este medicamento en el manejo del ataque cerebral isquémico agudo aun con ventana terapéutica prolongada (varias horas o días después del evento).

MANEJO DE LA HEMORRAGIA INTRACRANEAL ESPONTÁNEA CON FACTOR VII A RECOMBINANTE (PRIMER CASO REPORTADO EN MÉXICO)

Rangel Guerra R, Servicio De Neurología Hospital Universitario. Montemayor Montoya J, Servicio De Hematología Hospital Universitario. Monterrey. México.

INTRODUCCIÓN. A pesar de los múltiples avances en el tratamiento de diversas enfermedades neurológicas, el manejo actual de la Hemorragia intra cerebral permanece controversial y mal definido.

La Hemorragia intracranial (HIC) se considera la más mortífera y más incapacitante forma de ataque cerebral y no existe actualmente un tratamiento efectivo.

OBJETIVO. Caso de una paciente manejada en forma temprana con factor recombinante VIIa.

PACIENTES Y MÉTODOS. Paciente femenina de 81 años de edad que ingresa al Hospital con historia de 12 horas de evolución de síndrome confusional, bradipsiquia y torpeza mental. No síntomas de HTA, Diabetes ni otro antecedente significativo. Discreta hipercolesterolemia tratada con estatinas en forma exitosa. El examen clínico mostró solamente síndrome del lóbulo parietal izquierdo con hemianopsia homónima derecha y bradipsiquia. TAC(I) de cráneo mostró un extenso hematoma intracerebral en región

parieto occipital izquierda (68cc) con moderado efecto de masa y sin apertura al sistema ventricular. Se le aplicó 1 dosis de rFVIIa I.V. de 80mgm/kilo. TAC practicado 8 horas mas tarde mostró expansión del hematoma y una 2ª dosis IV de rFVIIa fue aplicada. TAC's subsecuentes mostraron detención del crecimiento del hematoma y después de reducción gradual del volumen del mismo, (aproximadamente siete días después), la paciente desarrollo trombo embolia pulmonar masiva (ambas Arterias Pulmonares) la cual se resolvió exitosamente con trombectomía, extracción de los coágulos por intervencionismo intravascular. Posteriormente la paciente evoluciono

satisfactoriamente recuperándose parcialmente de un déficit neurológico. Se utilizó tirofiban intra arterial y esto al parecer produjo aumento del sangrado intracraneal que se controló con una 3ª dosis IV a la rFVIIa.

RESULTADOS. Este es el primer caso reportado en nuestro país del manejo de una HIC espontánea (cuya causa más probable es la de una angiopatía amiloidea) ya que no se encontró otra etiología.

CONCLUSIONES. Aun cuando esta forma de tratamiento no esta oficialmente autorizado, creemos que esta es una opción terapéutica promisoría para el manejo de esta devastante catástrofe neurovascular.